RÈGLEMENT MUTUALISTE GÉNÉRAL INDIVIDUEL

VALIDÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 16/09/2025

SOMMAIRE

- ***CHAPITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES 1***

ARTICLE 1 – OBJET 1
ARTICLE 2 – MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE 1
ARTICLE 3 – ADHÉSION 1
3.1 FORME ET CONDITIONS DE L'ADHÉSION 1
3.2 DUREE ET EFFETS DE L'ADHÉSION 2
3.3 MODIFICATION DE LA SITUATION PERSONNELLE DU MEMBRE PARTICIPANT 2
ARTICLE 4 – FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE ET DE DÉMARCHAGE 2
ARTICLE 5 – RÉSILIATION – EXCLUSION – RADIATION DES AYANTS DROIT 3
5.1 RÉSILIATION A L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT 3
5.1.1 FACULTÉ DE RÉSILIATION ANNUELLE 3
5.1.2 FACULTÉ DE RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE 3
5.2 RÉSILIATION A L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE 4
5.3 FACULTÉ DE RÉSILIATION EXCEPTIONNELLE A L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT OU DE LA MUTUELLE 4
5.4 RÉSILIATION EN RAISON DU DECES DU MEMBRE PARTICIPANT 4
5.5 EXCLUSION DU MEMBRE PARTICIPANT 5
5.6 RADIATION D'UN AYANT DROIT 5
ARTICLE 6 – CESSATION DES GARANTIES 5
ARTICLE 7 – PRESCRIPTION 6
ARTICLE 8 – FAUSSES DÉCLARATIONS 7
ARTICLE 9 – CONTRÔLE 7
ARTICLE 10 – FONDS DE SOLIDARITÉ AÉSIO MUTUELLE 7
ARTICLE 11 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES 7
ARTICLE 12 – RÉCLAMATIONS - MÉDIATION 9
ARTICLE 13 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX 10
ARTICLE 14 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE 10

- ***CHAPITRE II : DISPOSITIONS CONCERNANT LES COTISATIONS 10***

ARTICLE 15 – STRUCTURE ET MONTANT DES COTISATIONS 10
ARTICLE 16 – PAIEMENT DES COTISATIONS 10
ARTICLE 17 – NON - PAIEMENT DES COTISATIONS 10

- ***CHAPITRE III : DISPOSITIONS CONCERNANT LES GARANTIES 11***

TITRE 1 – DISPOSITIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES 11
ARTICLE 18 – RISQUES COUVERTS 11
ARTICLE 19 – GARANTIES OPTIONNELLES 12
ARTICLE 20 – GARANTIES EN INCLUSION ET SERVICES ASSOCIÉS 12

20.1 GARANTIES EN INCLUSION 12
20.2 SERVICES SUPPLÉMENTAIRES 12
ARTICLE 21 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES 12
ARTICLE 22 – MODIFICATION DES GARANTIES 12
TITRE 2 – DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX GARANTIES « SANTE » ET ASSIMILEES 13
ARTICLE 23 – BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES 13
ARTICLE 24 – ASSIETTE DES PRESTATIONS 13
ARTICLE 25 – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS 14
25.1 – DATE DES SOINS 15
25.2 TIERS PAYANT 16
25.3 RECOUVREMENT DES PRESTATIONS INDUES 16
25.4 SOINS RÉALISES OU FACTURÉS A L'ÉTRANGER 16
25.5 PRIME DE NAISSANCE OU D'ADOPTION 16
ARTICLE 26 – LIMITATION DES REMBOURSEMENTS 16
ARTICLE 27 – SUBROGATION 17
27.1 – SUBROGATION DANS LE RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES 17
27.2 – SUBROGATION A L'ÉGARD DES CAISSES DE SÉCURITE SOCIALE 17
28 – LES EXCLUSIONS 17
TITRE 3 – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES DÉCÈS ET ASSIMILÉES 18
ARTICLE 29 - OBJET DES GARANTIES 18
29.1 - GARANTIE DE BASE : EN CAS DE DÉCÈS 18
29.2 - GARANTIE ASSIMILÉE : EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE 18
29.3 ALLOCATION OBSEQUES 18
ARTICLE 30 - BÉNÉFICIAIRE(S) 19
30.1 - BÉNÉFICIAIRE DES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS 19
30.2 RECHERCHE DE BÉNÉFICIAIRES 19
30.3 - BÉNÉFICIAIRE DES GARANTIES EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE 19
ARTICLE 31 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS DÉCÈS ET ASSIMILÉES 19
31.1 - EN CAS DE DÉCÈS 19
31.2 - EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE 20
31.3 DÉLAI DE VERSEMENT DU CAPITAL DÉCÈS / PRESTATIONS 20
31.4 REVALORISATION DES CAPITAUX POST-MORTEM 20
31.5 CONTRATS EN DÉSHÉRENCE ET TRANSFERT A LA CAISSE DES DÉPÔTS ET CONSIGNATIONS 20
ARTICLE 32 – EXCLUSIONS EN MATIÈRE DE GARANTIE DÉCÈS 20
ARTICLE 33 - CALCUL DES COTISATIONS DÉCÈS ET ASSIMILÉES 21
ARTICLE 34 - FACULTÉ DE RENONCIATION 21
ARTICLE 35 - EXAMEN MÉDICAL APPROFONDI 21

ARTICLE 36 – INFORMATION ANNUELLE 21

- ***ANNEXE 1 : QU'EST-CE QU'UNE GARANTIE RESPONSABLE ? 21***

1°) DES PRISES EN CHARGE OBLIGATOIRES : 22

2°) L'ENCADREMENT DE CERTAINES PRESTATIONS SI ELLES SONT PRÉVUES PAR LE CONTRAT : 22

3°) DES PRISES EN CHARGES EN DENTAIRE, OPTIQUE ET DES AIDES AUDITIVES : 22

4°) DES EXCLUSIONS DE PRISE EN CHARGE :..... 23

5°) LA POSSIBILITÉ DE BÉNÉFICIER DU TIERS PAYANT : 23

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 – OBJET

Les dispositions du présent Règlement Mutualiste déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure des garanties relevant des branches : 1 (accident), 2 (maladie), 20 (vie-décès) et 21 (nuptialité-natalité) au profit de ses membres participants dans le cadre d'opérations individuelles. Le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident se fait dans le respect des principes mutualistes définis à l'article L.110-2 et suivants du Code de la mutualité.

Il est adopté par le Conseil d'Administration de la Mutuelle, en application de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité.

Le présent Règlement Mutualiste est constitué :

- des dispositions communes à l'ensemble des garanties individuelles en cas de maladie ou d'accident,
- des règlements mutualistes particuliers qui comportent les dispositions spécifiques propres à ces garanties individuelles,
- de tableaux de garanties qui présentent l'étendue des garanties.

Le membre participant peut, à tout moment, demander la transmission de ces documents sur support papier en adressant une demande à cet effet à la Mutuelle.

La Mutuelle ne peut instituer entre ses membres participants de différences de cotisations que si elles sont justifiées par le revenu, la durée d'appartenance à la Mutuelle, l'Assurance Maladie Obligatoire d'affiliation, le lieu de résidence, le nombre d'ayants droit ou l'âge des membres, dans le respect des dispositions légales.

S'agissant des prestations, la Mutuelle ne saurait instaurer de différences qu'en raison des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés. Sauf stipulation dans le(s) règlement(s) mutualiste(s) particulier(s), la Mutuelle ne peut en aucun cas recueillir des informations médicales auprès de ses membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé du membre participant.

ARTICLE 2 – MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

En application des dispositions de l'article L. 221-5 du Code de la mutualité, le Conseil d'Administration sur délégation de l'Assemblée Générale adopte les règlements ainsi que leurs annexes et peut les modifier dans les conditions prévues par le Code de la mutualité et les statuts d'AÉSIO mutuelle. Les membres participants sont informés de ces modifications dans les conditions de l'article L.221-5 du Code de la mutualité. Elles leur sont opposables dès leur notification.

ARTICLE 3 – ADHÉSION

3.1 FORME ET CONDITIONS DE L'ADHÉSION

L'adhésion à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion.

Seules peuvent adhérer à la Mutuelle, les personnes résidant régulièrement en France métropolitaine et dans les DROM, et affiliées à l'assurance maladie obligatoire française.

Le(s) règlement(s) mutualiste(s) particulier(s) précise(nt) les conditions d'âge prévues pour la souscription des garanties le cas échéant.

Il(s) précise(nt) également les possibilités et les modalités de panachage des garanties au sein d'une même famille (membre participant et ayants droit).

La signature du bulletin d'adhésion par le membre participant emporte acceptation des statuts de la Mutuelle et des droits et obligations définis par le présent règlement et par le tableau descriptif de la garantie choisie.

Le membre participant se doit de fournir à la Mutuelle les justificatifs nécessaires mentionnés dans le bulletin d'adhésion.

Le signataire du bulletin d'adhésion acquiert la qualité de membre participant de la Mutuelle à compter de la date d'effet de son adhésion.

Le membre participant bénéficie des prestations afférentes aux garanties auxquelles il a adhéré et y ouvre droit à ses ayants droit.

3.2 DUREE ET EFFETS DE L'ADHÉSION

L'adhésion au présent règlement mutualiste prend effet à la date mentionnée au bulletin d'adhésion et jusqu'au 31 décembre suivant. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année. Toutefois, elle peut prendre fin dans les conditions prévues à l'article 5 du présent règlement.

Le bulletin d'adhésion précise la date d'effet de l'adhésion, qui ne peut être rétroactive.

L'adhésion peut prendre effet, sauf dispositions contraires prévues dans les règlements mutualistes particuliers :

- **au plus tôt, le lendemain de la demande d'adhésion**
- **ou le 1er jour d'un des mois qui suit la date de réception par la Mutuelle du bulletin d'adhésion signé par le membre participant**
- **ou lorsque le membre participant a confié à la Mutuelle un mandat pour la résiliation de son précédent contrat d'assurance, au lendemain de la date d'effet de la résiliation du précédent contrat.**

L'adhésion ou l'ajout d'ayants droit prend effet au lendemain du jour de la signature du bulletin d'adhésion ou du bulletin d'adhésion modificatif le cas échéant.

L'adhésion d'un enfant nouveau-né ou nouvellement adopté, inscrit dans les trois mois de sa naissance ou de son adoption, rétroagit au jour de la naissance ou de l'adoption de l'enfant lorsque l'un de ses parents est déjà membre participant. A défaut, l'adhésion de l'enfant prend effet au lendemain du jour de la signature du bulletin d'adhésion modificatif.

3.3 MODIFICATION DE LA SITUATION PERSONNELLE DU MEMBRE PARTICIPANT

Tout changement concernant l'état civil, le domicile ou la situation familiale du membre participant ou de l'un des ayants droit doit être signalé à la Mutuelle par le membre participant dans le mois qui suit l'évènement. En cas de non-respect de ce délai, la modification sera prise en compte au moment de l'information.

Lorsqu'un zonier géographique est appliqué pour la détermination des cotisations, en cas de changement de domicile, la Mutuelle recalculera la nouvelle cotisation du membre participant et celle de ses ayants droit si ce déménagement entraine un changement de zone tarifaire. Cette modification de tarif prendra effet au 1er jour du mois suivant sa notification à la Mutuelle.

ARTICLE 4 – FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE ET DE DÉMARCHAGE

Conformément aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité, dans l'hypothèse où le contrat entre le membre participant et la Mutuelle a été conclu à distance ou a fait l'objet d'un démarchage à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qu'il y a adhéré à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, ce dernier a la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus. Ce délai court :

En matière de vente à distance :
- soit à compter du jour où l'adhésion du membre participant a pris effet ;
- soit à compter du jour où le membre participant reçoit les documents contractuels (bulletin d'adhésion, statuts, règlements ou fiche d'informations) si cette date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

En matière de démarchage :
- à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

Pour ce faire, il suffit à l'adhérent d'envoyer au siège social de la mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception ou procéder à un envoi recommandé électronique

Lorsque le membre participant souhaite mettre en œuvre son droit à renonciation, il doit en informer la Mutuelle par écrit. Il peut utiliser à cet effet le modèle de lettre ci-après et le renvoyer dûment complété et signé par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la Mutuelle :

« Je soussigné(e)
Nom : ……
Prénom : ……
Adresse complète du membre participant : ……
déclare faire usage de la faculté qui m'est accordée par l'article L. 221-18 du Code de la mutualité de renoncer à mon adhésion au contrat complémentaire santé n°…… et, en conséquence, vous prie de me rembourser les sommes versées à ce titre dans la limite des dispositions contractuelles.
À …… le ……/……/……
Signature du membre participant ».

La Mutuelle rembourse au membre participant au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, toutes les sommes perçues en application du contrat. Au-delà du délai de trente (30) jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

ARTICLE 5 – RÉSILIATION – EXCLUSION – RADIATION DES AYANTS DROIT

5.1 RÉSILIATION A L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT

L'adhésion cesse de produire effet pour tous, le membre participant et ses ayants droit inscrits sur le bulletin d'adhésion, en cas de résiliation ou d'exclusion du membre participant.

5.1.1 FACULTÉ DE RÉSILIATION ANNUELLE

L'adhésion cesse en cas de résiliation à l'initiative du membre participant, si elle est signifiée par lettre, tout autre support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle du contrat fixée au 31 décembre (soit au plus tard le 31 octobre).
La résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à l'échéance annuelle.

La résiliation d'une garantie individuelle souscrite, à titre non professionnel, peut être demandée dans les conditions de la Loi dite « CHÂTEL » conformément à l'article L. 221-10-1 du Code de la mutualité. La date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion est précisée sur chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis est adressé moins de quinze (15) jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant dispose d'un délai de vingt (20) jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de La Poste.

5.1.2 FACULTÉ DE RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE

Le membre participant peut demander la résiliation de son adhésion à une garantie frais de santé en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garanties souscrit.

L'adhésion cesse à l'expiration du délai d'un mois suivant la réception par la Mutuelle de la demande de résiliation.

5.1.3 FACULTES DE RESILIATION EXCEPTIONNELLES

Le membre participant peut résilier son adhésion en cas d'ouverture de droits à la Couverture Santé Solidaire au profit de l'adhérent ou de l'un de ses ayants droit le cas échéant. Dans ce cas, le membre participant adresse sa demande à la mutuelle dans les 3 mois suivant l'obtention de la CSS. La résiliation prend effet au jour de l'ouverture des droits à la CSS.

Il peut également être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, si le membre participant apporte la preuve qu'un accord d'entreprise, une convention collective ou une décision unilatérale de l'employeur selon les modalités prévues à l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale, impose son affiliation obligatoire à un contrat collectif.

Dans ce cas, la résiliation du membre participant deviendra effective au 1er jour du mois qui suit la réception de la lettre de résiliation accompagnée de l'attestation de l'employeur. Cette résiliation entraînera la radiation des ayants droit. Toutefois dans ce cas l'ayant droit peut être inscrit comme membre participant et bénéficier des mêmes garanties, sous réserve d'en faire la demande dans le mois qui suit la prise d'effet de la résiliation par le membre participant. Cette couverture est soumise à la signature d'un bulletin d'adhésion modificatif. L'adhésion de l'ayant droit, inscrit comme membre participant, prend effet le lendemain de la date de prise d'effet de la résiliation par le membre participant.

La résiliation en cours d'année est soumise à la restitution de la ou des cartes de mutuelle. La résiliation exceptionnelle entraînera la radiation du membre participant et le trop-perçu des cotisations lui sera remboursé par la Mutuelle.

5.2 RÉSILIATION A L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

La Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant en cas de non-paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions prévues à l'article L. 221-7 du Code de la mutualité et à l'article 17 du présent règlement mutualiste (non-paiement des cotisations).

5.3 FACULTÉ DE RÉSILIATION EXCEPTIONNELLE A L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT OU DE LA MUTUELLE

Conformément à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité, il peut être mis fin en cours d'année à son adhésion par le membre participant ou par la Mutuelle lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou, en cas de changement de situation, lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure du membre participant et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

Ainsi, lorsqu'un changement de situation limité aux évènements suivants :

- changement de situation matrimoniale (mariage, PACS, divorce, séparation),
- changement de profession dans le cas où le membre participant quitte le statut de salarié pour devenir travailleur indépendant alors il bénéficiera d'un régime spécial d'assurance maladie obligatoire dont la prise en charge est différente de celle du régime général
- départ en retraite ou cessation définitive d'activité professionnelle

a pour effet de modifier la nature du risque (le changement de nature du risque implique que les niveaux de prise en charge par la Mutuelle de vos frais de santé soient modifiés par votre changement de situation) pour lequel le membre est assuré, il peut demander la résiliation, à titre exceptionnel de son adhésion.

La résiliation ne peut intervenir que dans les trois (3) mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. Elle prend effet au premier jour du mois suivant sa notification et sur présentation d'un justificatif.

La résiliation en cours d'année est soumise à la restitution de la ou des cartes de mutuelle.

La résiliation exceptionnelle entraînera la radiation du membre participant et le trop-perçu des cotisations lui sera remboursé par la Mutuelle.

5.4 RÉSILIATION EN RAISON DU DÉCÈS DU MEMBRE PARTICIPANT

L'adhésion du membre participant est résiliée de plein droit au jour de son décès. L'adhésion cesse le même jour de produire effet pour tous les ayants droit inscrits sur le bulletin d'adhésion (sauf dispositions spécifiques relatives au maintien des garanties en cas de décès prévues par les règlements mutualistes particuliers).
La cotisation due est calculée au prorata du nombre de jours couverts avant le décès.
La Mutuelle proposera aux ayants droit la poursuite de leur garantie par la signature d'un bulletin d'adhésion modificatif.

5.5 EXCLUSION DU MEMBRE PARTICIPANT

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la Mutuelle un préjudice dûment constaté notamment en dissimulant ou falsifiant l'un des éléments indispensables aux conditions d'admission ou en utilisant leur carte de tiers-payant sans s'être acquittés de leurs obligations.

L'exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration conformément aux Statuts de la Mutuelle. Le membre exclu définitivement ne peut en aucun cas être réintégré.

La Mutuelle pourra procéder à la suspension immédiate des droits à prestations si cette mesure s'avère indispensable à la sauvegarde de ses intérêts avant le prononcé de l'exclusion et se réserve le droit de réclamer à l'intéressé exclu le remboursement des prestations indûment perçues.

5.6 RADIATION D'UN AYANT DROIT

La radiation annuelle d'un ayant droit est signifiée par le membre participant à la Mutuelle. Elle ne peut prendre effet qu'au 1er janvier de chaque année.
Elle est soumise au respect d'un préavis de deux (2) mois avant la date d'échéance.

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié en cours d'année pour les cas suivants :

- perte du bénéfice de l'Assurance Maladie Obligatoire de l'ayant droit. La radiation prend effet à la date de prise d'effet de la perte du bénéfice de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- ayant droit bénéficiaire d'une ouverture de droits à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS). La radiation prend effet à la date de prise d'effet des droits à la Complémentaire Santé Solidaire ;
- en cas de changement de situation familiale (mariage, PACS, jugement définitif de divorce, rupture du PACS ou du concubinage, décès d'un ayant droit). La radiation prend alors effet le 1er jour du mois qui suit la demande ;
- en cas de changement de situation professionnelle de l'ayant droit entraînant l'adhésion à un régime santé collectif obligatoire (attestation employeur à fournir). La radiation prend effet le 1er jour du mois qui suit la demande.

La radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit est signifiée par le membre participant à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle ouvre droit au remboursement du prorata de cotisation réglé d'avance.

La carte de tiers-payant mentionnant le nom du ou des ayants droit doit être restituée.

ARTICLE 6 – CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation, radiation ou exclusion.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, ni après la radiation ou l'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Les garanties cessent pour le membre participant ou l'ayant droit dès lors qu'ils cessent :

- de répondre aux conditions d'adhésion définies à l'article 3.1 « Forme et conditions d'adhésion » du présent Règlement mutualiste. Dans ce cas, les garanties cessent à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions susmentionnées.
- de répondre aux conditions d'accès fixées par les règlement(s) mutualiste(s) particulier(s). Dans ce cas, à défaut de règles spécifiques indiquées dans le(s) règlement(s) mutualiste(s) particulier(s), la cessation des garanties prend effet à l'échéance annuelle.

L'adhésion cesse en tout état de cause de produire ses effets, dans les conditions définies à l'article 5.4 du présent Règlement Mutualiste, pour le membre participant et ses ayants droit inscrits sur le bulletin d'adhésion en cas de décès du membre participant. Toutefois, à défaut de dispositions spécifiques relatives au maintien de la garantie en

cas de décès dans les règlements mutualistes particuliers, l'ayant droit peut demander à bénéficier des mêmes garanties à la condition d'adhérer à la Mutuelle et d'en faire la demande dans un délai de trois (3) mois à compter du décès du membre participant.
Cette couverture est soumise à la signature d'un bulletin d'adhésion modificatif. L'adhésion de l'ayant droit inscrit comme membre participant prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle.

La résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, excepté dans les cas visés à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité et dans le cadre la résiliation infra-annuelle. Dans ces cas, l'éventuel trop perçu de cotisation sera remboursé par la Mutuelle. De même, les prestations qui auraient pu être versées à tort après la date d'effet de la résiliation devront être remboursées à la Mutuelle par le membre participant ou ses héritiers ou son mandataire.
Quelle que soit la cause de cessation des garanties et de résiliation, la carte de tiers-payant doit être restituée à la Mutuelle.

ARTICLE 7 – PRESCRIPTION

Conformément à l'article L221-11 du Code de la mutualité, toute action dérivant des opérations régies par le présent Règlement Mutualiste est prescrite par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à dix (10) ans pour le risque décès lorsque le bénéficiaire en cas de décès est l'ayant droit du membre participant décédé.

Toutefois, ce délai ne court :
En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- **En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par :
- **une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci visées aux articles 2240 et suivants du Code civil :**
  - **reconnaissance d'un droit par le bénéficiaire ou par la Mutuelle,**
  - **demande en justice, même en référé, ou porté devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,**
  - **mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution,**
  - **acte d'exécution forcée,**
- **la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.**

L'interruption de la prescription de l'action peut en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou recommandé électronique avec avis de réception adressée par la Mutuelle au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement des prestations.

L'envoi du recommandé électronique doit satisfaire aux exigences de l'article L. 100 du code des postes et communications électroniques.

Conformément aux dispositions de l'article L221-12-1 du Code de la mutualité, il est rappelé que les parties ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter de causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 8 – FAUSSES DÉCLARATIONS

En application des dispositions de l'article L. 221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, en cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant, la garantie qui lui est accordée est nulle, dès lors que cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.
Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

ARTICLE 9 – CONTRÔLE

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

La Mutuelle se réserve également le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement.

Préalablement au contrôle, le bénéficiaire est prévenu des modalités des examens demandés par la Mutuelle.
Lors du contrôle médical, le bénéficiaire a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle. En cas de contrôle a posteriori (après versement des prestations), le membre participant devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indues.

En cas de désaccord entre le bénéficiaire et la Mutuelle, les parties intéressées peuvent choisir un médecin expert. A défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le médecin est désigné par le Président du tribunal judiciaire territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. La Mutuelle et/ou le gestionnaire et le membre participant supportent chacun pour moitié les frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour la Mutuelle et le membre participant.

ARTICLE 10 – FONDS DE SOLIDARITÉ AÉSIO MUTUELLE

La Mutuelle dispose d'un fonds d'action sociale en faveur de ses adhérents dont elle assume la gestion. Il a pour vocation de venir en aide à ces derniers en cas de grandes difficultés. Le règlement de fonctionnement du fond de solidarité est disponible sur simple demande.

Les bénéficiaires du fonds d'action sociale sont les membres participants et ayants droit.

Le budget du fonds social, et les orientations politiques qui justifient l'engagement des fonds disponibles, sont votés annuellement.

ARTICLE 11 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés ») et au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), le membre participant reconnaît avoir été informé par la Mutuelle, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées,

que les données à caractère personnel du membre participant et le cas échéant de ses ayants droit peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat ; et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de sécurité sociale) du membre participant ou de ses ayants droit pour la gestion du risque d'assurance complémentaire santé ;
- la proposition de produits et services adaptés aux besoins du membre participant et de ses ayants droit ;
- l'amélioration de la qualité du service et des produits, l'évaluation ou l'anticipation des changements de situation des membres participants et l'amélioration de la relation client ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le membre participant ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, règlementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;
- et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Le membre participant reconnaît que la collecte et le traitement des données à caractère personnel le concernant et concernant ses ayants droit sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de ce contrat.

La Mutuelle est également légitime à utiliser les données à caractère personnel des membres participants pour proposer des offres commerciales analogues en complément de la garantie initialement souscrite. Dans ce cas, les personnes concernées peuvent s'y opposer. En dehors de ce cas, la prospection commerciale peut être réalisée sur la base du consentement des personnes concernées.
Les destinataires des données du membre participant et de ses ayants droit peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de la Mutuelle, ainsi que des tiers autorisés par la Mutuelle, et notamment ses sous-traitants, ses délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs et les organismes professionnels habilités.
La Mutuelle s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité physique et organisationnelle et de confidentialité des données traitées.

Le membre participant est informé que la Mutuelle peut être amenée au travers de certains sous-traitants à transférer des données à caractère personnel vers un pays tiers en dehors de l'union Européenne ou de l'Espace économique Européen. Dans ce cas, la mutuelle met en place les mesures juridiques nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ces transferts et de répondre aux obligations réglementaires en vigueur.

La Mutuelle est susceptible de traiter des données personnelles de santé collectées indirectement par les professionnels de santé et transmises par les régimes obligatoires.

Les données utilisées pour les statistiques font l'objet d'une anonymisation ou pseudonymisation préalable, excluant tout risque de ré-identification des personnes.

Les données à caractère personnel sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, puis le temps de la prescription légale en vigueur. Cette durée de conservation est variable et dépend de la nature des données et de leur finalité de traitement.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 dite «Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement 2016/679 du 27 2016 (dit « RGPD »), les membres participants et leurs ayants droit disposent d'un droit d'accès aux données personnelles les concernant, d'un droit à la portabilité de ces données, d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement, ainsi que d'un droit à la détermination du sort post mortem de ces données. Les membres participants et leurs ayants droit disposent également du droit à ce que ces données soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées lorsqu'elles sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou que leur collecte, utilisation, communication ou conservation est interdite. Le membre participant et/ou ses ayants droit peu(ven)t également retirer leur consentement à recevoir de la prospection commerciale pour des services ou garanties non similaires à l'offre initialement proposée.

Ces droits peuvent être exercés à tout moment par le membre participant et par ses ayants droit, sur simple demande, par l'un des moyens exposés ci-après.
Cette demande doit être accompagnée d'un motif légitime lorsque celui-ci est exigé par la loi.

La demande peut être exercée :

- par courrier papier à l'adresse suivante : AÉSIO mutuelle, Délégué à la Protection des Données, 173 rue de Bercy 75012 Paris.
- par mail à l'adresse suivante : aesio.dpo@aesio.fr

Ces droits sont personnels, seule la personne concernée peut en faire la demande ou son représentant légal, ou en cas de décès ses héritiers légaux, sauf exceptions prévues par la loi.

Le membre participant et ses ayants droit disposent du droit d'effectuer une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés concernant le traitement de leurs données personnelles : www.cnil.fr ; 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Ils disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Worldline. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

ARTICLE 12 – RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement envers un professionnel quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée. Une demande de service ou de prestation, d'information, ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation peut être formulée oralement :

- Par téléphone au numéro indiqué sur la carte de tiers-payant (appel non surtaxé)
- Auprès d'une agence : la liste de nos agences est disponible sur notre site aesio.fr

Lorsque la réclamation est formulée oralement, si le réclamant n'est pas satisfait de la réponse apportée, il doit alors formuler son insatisfaction au moyen d'un écrit (formulaire en agence, formulaire en ligne, courrier).

La réclamation peut aussi être directement formulée par écrit :

- En complétant le formulaire de réclamation disponible en agence
- Via le formulaire de contact de l'espace adhérent, accessible depuis notre site aesio.fr
- Par courrier : AÉSIO mutuelle – Service Réclamations –TSA 11390 - 53106 MAYENNE CEDEX

La Mutuelle dispose d'un délai de dix (10) jours maximum à compter de l'envoi de la réclamation écrite pour en accuser réception.
Une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de l'envoi de la réclamation écrite.

En cas de désaccord avec la réponse apportée par la Mutuelle ou en l'absence de réponse dans un délai de deux (2) mois, le réclamant peut avoir recours à la procédure gracieuse de médiation auprès du Médiateur de la Mutualité Française.

Il peut être saisi :
- Par courrier : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française – FNMF, 255 rue de Vaugirard – 75719 PARIS cedex 15
- Via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : https://www.saisine.mediateur-mutualite.fr.

Le Médiateur ne peut intervenir que :

- si le réclamant a préalablement formulé une réclamation écrite auprès de la Mutuelle
- si le réclamant effectue sa saisine dans le délai d'un (1) an après cette réclamation écrite.

Lorsque le contrat AÉSIO mutuelle est distribué par l'intermédiaire d'un courtier, et que la réclamation porte sur la phase avant-vente, le devoir de conseil et toute autre obligation incombant au Courtier au titre de la distribution du contrat, le réclamant doit se rapprocher de son courtier pour connaitre la procédure de traitement des réclamations applicable et le médiateur de la consommation compétent.

ARTICLE 13 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX

Conformément aux dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle est fondée, dans le cadre du respect de son obligation de vigilance et de contrôle, à demander au membre participant toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires à l'établissement du contrat ou à sa modification.

ARTICLE 14 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Conformément au Code de la mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, située 4 place de Budapest - CS 92459- 75436 PARIS CEDEX 9.

CHAPITRE II : DISPOSITIONS CONCERNANT LES COTISATIONS

ARTICLE 15 – STRUCTURE ET MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont fixées par le Conseil d'Administration de la Mutuelle selon les critères précisés dans les règlements mutualistes particuliers.

Les cotisations intègrent les taxes (Taxe de solidarité additionnelle, TCA...) et les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs ou techniques dont le montant ou les modalités de paiement sont fixés par les statuts et règlements.

L'âge est calculé par différence de millésime. La variation du montant de la cotisation due à l'âge des bénéficiaires prend effet annuellement au 1er janvier.
Le montant des cotisations est révisé chaque année en fonction de l'âge, du taux d'augmentation général fixé par le Conseil d'Administration qui s'appuie notamment sur l'évolution des remboursements de l'assurance maladie obligatoire, de l'évolution de la législation ou de la réglementation.

Les modifications apportées au montant des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

Lorsque la garantie prévoit des gratuités, celles-ci sont fixées dans les règlements mutualistes particuliers.

ARTICLE 16 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Le paiement de la cotisation est annuel.

Le fractionnement au semestre, au trimestre ou au mois ne constitue qu'une facilité de paiement accordée au membre participant. Il ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle. Celle-ci reste, dans tous les cas, exigible en totalité.

Sauf dispositions contraires prévues dans les règlements mutualistes particuliers, la cotisation peut être réglée par prélèvement automatique (périodicité mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle) ou par carte bancaire (périodicité trimestrielle, semestrielle ou annuelle uniquement).

En cas d'adhésion ou de résiliation en cours de mois, les cotisations sont calculées *prorata temporis*. Le membre participant, n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée à partir de la date d'effet du contrat et jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas de décès, la cotisation due est calculée au prorata du nombre de jours couverts avant le décès.

ARTICLE 17 – NON - PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, les garanties seront suspendues trente (30) jours après la mise en demeure du membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours prévu ci-dessus.
Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de quarante (40) jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

Les garanties non résiliées reprennent pour l'avenir leurs effets à midi le lendemain du jour où a été payée à la Mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Lorsque les garanties sont résiliées suite à l'absence de régularisation du paiement des cotisations, la Mutuelle exigera le remboursement des prestations versées dont les dates de soins sont postérieures à la date d'effet de la résiliation des garanties pour non-paiement des cotisations.

La Mutuelle se réserve le droit de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant les prestations indues et les frais de recouvrement (et de procédure).

CHAPITRE III : DISPOSITIONS CONCERNANT LES GARANTIES

TITRE 1 – DISPOSITIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

ARTICLE 18 – RISQUES COUVERTS

Les garanties assurées par la Mutuelle dans le cadre du présent règlement mutualiste sont des garanties versées en cas d'accident, maladie, maternité ou décès. Elles sont définies dans les tableaux de garanties et les règlements mutualistes particuliers.

Les garanties « frais de santé » ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés pendant la période de garantie, en complément des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire au titre des prestations en nature de l'assurance maladie française.

Le caractère responsable ou non responsable des garanties frais de santé est précisé dans les règlements mutualistes particuliers. Lorsque les garanties sont responsables, elles sont en conformité avec les dispositions légales et règlementaires applicables aux contrats « responsables » conformément à l'annexe 1 du présent Règlement Mutualiste. Il est convenu que les éventuelles nouvelles modalités de prise en charge (exclusions ou obligations de prise en charge) instituées par des textes législatifs ou règlementaires intervenant après l'élaboration du présent Règlement Mutualiste s'appliqueront immédiatement afin de conserver à la garantie son caractère responsable.

Il peut également s'agir de prestations en espèces versées au membre participant et à ses ayants droit en cas d'hospitalisation par suite de maladie ou d'accident de la vie privée et professionnelle.

Il peut enfin s'agir de prestations exprimées forfaitairement ou en pourcentage de la dépense pour le remboursement des dépenses non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire afin de garantir aux bénéficiaires concernés une indemnisation lors de la survenance d'accidents résultant de la pratique d'activités sportives, culturelles, touristiques, amicales, de loisirs et de la vie courante.

Les prestations procurées par ces garanties sont précisées dans les règlements mutualistes particuliers et dans les tableaux des garanties.

ARTICLE 19 – GARANTIES OPTIONNELLES

Si le(s) règlement(s) mutualiste(s) particulier(s) le prévoit(ent), le membre participant peut choisir de souscrire des garanties optionnelles.
Le(s) règlement(s) mutualiste(s) particulier(s) définit(ssent) les modalités de souscription et de mise en œuvre des garanties optionnelles.

ARTICLE 20 – GARANTIES EN INCLUSION ET SERVICES ASSOCIÉS

20.1 GARANTIES EN INCLUSION

En complément de ses garanties, la Mutuelle peut accorder aux bénéficiaires du présent règlement des garanties supplémentaires conformément à l'article L. 221-3 du Code de la mutualité dans le cadre de tout contrat ou toute convention auprès d'une autre Mutuelle, d'une union, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance. Ces garanties supplémentaires sont décrites au sein d'une notice d'information spécifique. Elles cessent le jour où la garantie frais de santé cesse de produire ses effets et le jour où le contrat souscrit par la Mutuelle est résilié.

Le membre participant peut ainsi bénéficier de la garantie assistance souscrite par la Mutuelle.

20.2 SERVICES SUPPLÉMENTAIRES

En complément de ses garanties, la Mutuelle peut accorder aux bénéficiaires du présent Règlement Mutualiste des services supplémentaires au titre de conventions spécifiques passées avec des prestataires extérieurs.

ARTICLE 21 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Le membre participant et ses ayants droit mentionnés au bulletin d'adhésion bénéficient des garanties de la Mutuelle à compter de la date d'effet indiquée sur celui-ci.

Les garanties s'appliquent selon les dispositions prévues dans le(s) règlement(s) et dans le(s) tableau(x) de garanties.

Le(s) règlement(s) mutualiste(s) particulier(s) définissent le(s) délai(s) de carence applicable(s) aux garanties. Un délai de carence est défini comme la période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas.

ARTICLE 22 – MODIFICATION DES GARANTIES

Le membre participant peut modifier le niveau de sa garantie et celle de ses ayants droit conformément aux conditions d'adhésion dans les conditions suivantes :

Sous réserve de justifier de 12 mois de couverture minimum dans le même niveau de garanties et d'être à jour du paiement de ses cotisations, le membre participant pourra à tout moment modifier, à la hausse ou à la baisse, le niveau de sa garantie ou de celle de ses ayants droit. La date d'effet de la modification interviendra au 1er jour du mois suivant la date de signature du bulletin de modification.

Toute modification du choix des garanties donne lieu à la signature d'un bulletin d'adhésion modificatif.

Le membre participant peut également demander le changement de la garantie en cours d'année dans les cas suivants :

- changement de la situation familiale (vie en couple, séparation, naissance, adoption, ayants droit n'étant plus à charge, décès),
- changement d'assurance maladie obligatoire,
- départ à la retraite ou cessation définitive d'activité professionnelle.

La modification doit être demandée au plus tard dans un délai de trois (3) mois suivant la date de l'événement, accompagnée d'un justificatif du changement de situation.
Il peut également être accepté, à titre dérogatoire, un changement de garantie en cours d'année demandé dans le cadre d'un dossier instruit par le fonds d'action sociale.

La modification sera effective le 1er jour du mois suivant la signature du bulletin d'adhésion modificatif.

TITRE 2 – DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX GARANTIES « SANTE » ET ASSIMILEES

ARTICLE 23 – BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes suivantes inscrites au bulletin d'adhésion :

- le membre participant;
- les ayants droit du membre participant.

A leur demande expresse faite auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

Les ayants droit du membre participant sont les personnes définies ci-après :

- les personnes reconnues comme ayants droit du membre participant par la législation de la Sécurité Sociale,

- les membres d'une même famille ou vivant au foyer du membre participant, bénéficiant d'une couverture sociale personnelle tels que :

    - le conjoint, non divorcé, non séparé de corps judiciairement,
    - le concubin (personne vivant en couple avec le membre participant dans le cadre d'une union de fait dont le domicile fiscal est le même),
    - le partenaire lié par un PACS (dit partenaire),
    - les enfants du membre participant ou de son conjoint (concubin ou partenaire) âgés de moins de 28 ans dès lors qu'ils ne sont ni mariés, ni pacsés ou ne vivant pas en concubinage. Ils perdent la qualité d'ayants droit du membre participant au 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils atteignent leur 28ème anniversaire.

Les enfants reconnus handicapés sont considérés comme ayant-droit du membre participant et peuvent bénéficier du présent contrat quel que soit leur âge s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

L'ensemble des bénéficiaires doit être affilié à l'assurance maladie obligatoire française.

ARTICLE 24 – ASSIETTE DES PRESTATIONS

Les prestations sont basées :

- sur la valeur de la base de remboursement selon la réglementation des régimes d'Assurance maladie obligatoire française en vigueur,
- ou sur des montants forfaitaires indiqués dans les tableaux de garanties,
- ou en pourcentage de la dépense engagée.

En fonction du type d'acte, seules les prestations figurant dans les nomenclatures des actes, produits et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire française (NGAP, CCAM, NABM, LPP, GHS), peuvent faire l'objet d'un remboursement par la Mutuelle.

Sauf cas particuliers précisés dans les règlements mutualistes particuliers et les tableaux de garanties, l'absence de prise en charge par les régimes d'Assurance maladie obligatoire ne donne pas lieu au remboursement des soins de la part de la Mutuelle.

ARTICLE 25 – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour pouvoir bénéficier des prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations et ses droits doivent être ouverts.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Les soins survenus, les séjours hospitaliers et traitements réalisés antérieurement à la date d'ouverture du droit aux prestations des bénéficiaires ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

Toute évolution des règles de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire pourra entraîner des modifications des prestations de la Mutuelle.
Sauf mention contraire, les remboursements de la Mutuelle s'entendent dans la limite des Frais Réels (FR) engagés et par rapport au Tarif de Convention (TC) ou à la Base de Remboursement (BR) appliquée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) au secteur conventionné.

Les soins pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés sont pris en charge sur la base du tarif d'autorité.

La Mutuelle procèdera au paiement des prestations dans le délai maximal de 10 jours ouvrés à compter de la réception de l'intégralité des pièces nécessaires au paiement. Ce délai s'entend hors délais bancaires et éventuelles dispositions spécifiques prévues dans les règlements mutualistes particuliers.

Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte du membre participant ou de ses ayants droit :

- soit par télétransmission, norme NOEMIE (en relation directe avec les organismes gestionnaires du régime d'assurance maladie obligatoire) sauf renonciation du membre participant ou de ses ayants droit,
- soit sur présentation des pièces justificatives suivantes :

Dans tous les cas la demande de remboursement adressée à la Mutuelle devra être accompagnée du décompte de prestations original établi par le régime légal d'assurance maladie obligatoire dont relève l'adhérent et le cas échéant l'un des documents suivants :

Nature des frais	Pièces justificatives
Honoraires	Facture détaillée, datée et acquittée
Chambre particulière ou frais de séjour de l'accompagnant	Facture détaillée, datée et acquittée
Forfait journalier hospitalier	Facture détaillée, datée et acquittée

Soins hors nomenclature	Note d'honoraires du professionnel de santé
Soins inscrits à la CCAM mais non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire	Note d'honoraires du professionnel de santé codifiant les soins dispensés
Optique hors prise en charge en tiers payant	Facture détaillée, datée et acquittée
Prestations non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire prévues dans le tableau des garanties	Facture détaillée, datée et acquittée
Equipement ou la chirurgie concernant l'optique	Ordonnance et facture précisant le nom et prénom du bénéficiaire
Prothèse dentaire	Facture des honoraires acquittée
Activités Physiques	- photocopie de la licence sportive ou carte annuelle de membre d'un club de sport en cours de validité - justificatif de paiement

La Mutuelle se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires pour verser la prestation.

25.1 – DATE DES SOINS

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur les décomptes de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, ou à défaut sur la facture du prestataire.

Pour être recevable, toute demande de paiement des prestations doit parvenir à la Mutuelle dans un délai de deux (2) ans à compter de la date des soins.

Les demandes de paiement de prestations doivent être produites dans un délai de vingt-quatre (24) mois dont le point de départ est fixé ci-après:

- **Soins ambulatoires : date des soins,**
- **Soins externes hospitaliers : date des soins,**
- **Soins dentaires : date des soins,**
- **Prothèses dentaires : date d'exécution,**
- **Actes en série (soins infirmiers, kiné, orthophoniste…) : date des derniers soins,**
- **Séjour : date d'entrée,**
- **Honoraires : date des soins,**
- **Lunettes et lentilles acceptées par l'Assurance Maladie Obligatoire : date de facturation,**
- **Lentilles refusées par l'Assurance Maladie Obligatoire : date de facturation,**
- **Appareillage : date de facturation,**
- **Cure thermale : date de fin de cure,**
- **Pharmacie : date de facturation,**

- **Orthodontie : date des soins.**

La date des soins telle que définie ci-dessus permet de calculer l'atteinte éventuelle du plafond d'une prestation par la prise en considération des prestations payées dans l'année.

25.2 TIERS PAYANT

Pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle a signé directement ou par l'intermédiaire de groupements ou prestataires auxquels elle a recours, des conventions de tiers-payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé.

La Mutuelle assure ainsi directement, dans la limite des garanties souscrites, la prise en charge des frais engagés par le membre participant ou, le cas échéant, par ses ayants droit.

Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier ou le professionnel de santé il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts, ce bénéficiaire est alors tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte.
En cas de non-remboursement, la Mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

Le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à ne pas faire usage de leur carte de tiers-payant pour bénéficier du tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ou plus ouverts.

Le bénéfice du mécanisme du tiers payant, conformément à la réglementation relative aux contrats responsables, est mentionnée en annexe 1 du présent Règlement Mutualiste.

25.3 RECOUVREMENT DES PRESTATIONS INDUES

La Mutuelle s'autorisera à recouvrer les sommes indument payées par tous moyens à sa convenance, y compris en faisant appel à des prestataires extérieurs spécialisés dans le recouvrement amiable ou judiciaire.

25.4 SOINS RÉALISES OU FACTURÉS A L'ÉTRANGER

Le remboursement se fait sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire française et qui figurent dans les nomenclatures des actes, produits et prestations pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire française (NGAP, CCAM, NABLM, LPP, GHS).

Sauf dispositions contraires prévues dans le règlement particulier et/ou le(s) tableau(x) de garanties, les prestations exprimées en forfait prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger.

25.5 PRIME DE NAISSANCE OU D'ADOPTION

Lorsqu'elle est prévue par le tableau des garanties, une prime de naissance peut être versée au membre participant en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant de moins de 12 ans.
Le versement de la prime est conditionné par l'inscription en tant qu'ayant-droit de l'enfant sur le contrat du membre participant dans les 3 mois suivant sa naissance ou de son adoption.
La prime de naissance est exclusivement versée sur le compte du membre participant.
Les naissances ou adoptions multiples donnent droit à autant de versements de primes que de naissances ou d'adoptions d'enfants.

ARTICLE 26 – LIMITATION DES REMBOURSEMENTS

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la Mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par la Mutuelle seraient réduites à due concurrence. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Le bénéficiaire recevant de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la Mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Des limites de remboursement de prestations peuvent être précisées dans le(s) règlement(s) mutualiste(s) particulier(s) et dans le(s) tableau(x) de garanties.

ARTICLE 27 – SUBROGATION

27.1 – SUBROGATION DANS LE RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire et conformément aux dispositions de l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Pour le paiement des prestations à caractère forfaitaire en cas d'accident de la circulation, lesquelles constituent une avance sur indemnités de la part de la Mutuelle, cette dernière est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.
Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engage à déclarer à la Mutuelle tout accident dont il est victime.

27.2 – SUBROGATION A L'ÉGARD DES CAISSES DE SÉCURITE SOCIALE

L'adhésion à la Mutuelle entraîne subrogation de plein droit de celle-ci dans les droits et actions du membre participant ou de ses ayants droit à l'égard des caisses de Sécurité Sociale et des caisses de Sécurité Sociale des régimes spéciaux obligatoires pour la part des prestations avancée par la Mutuelle et couverte par lesdits régimes obligatoires.

28 – LES EXCLUSIONS

Pour l'ensemble des garanties « frais de santé », responsables ou non-responsables, la Mutuelle applique les exclusions de prise en charge prévues aux articles L. 871-1 et R. 871-1 du code de la Sécurité sociale et telles que précisées au 4° de l'annexe 1 du présent Règlement Mutualiste.

Les règlements mutualistes particuliers complétant le présent Règlement Mutualiste peuvent prévoir des exclusions supplémentaires propres à chaque garantie.

En outre, sous réserve des obligations de prise en charge prévues par l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale (contrat responsable) qui priment sur les dispositions suivantes, la Mutuelle ne prend pas en charge les traitements esthétiques, diététiques ou de cosmétologie et les frais d'hébergement en établissement gériatrique ou de long séjour, les séjours en ateliers thérapeutiques, en centre de rééducation professionnelle et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psycho pédagogique et professionnels.

Seuls les séjours en Médecine, Chirurgie, Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) et Psychiatrie peuvent faire l'objet d'un remboursement de la Mutuelle, sur la base de ce qui est prévu dans les règlements mutualistes particuliers.

Ne donnent droit à aucun remboursement, les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, à l'exception de ceux expressément prévus dans les tableaux de garanties et dans la limite des montants exprimés.
Ne donnent droit à aucun remboursement les prestations exprimées en forfaits prenant en charge des actes non remboursés par l'assurance maladie obligatoire, dès lors que lesdits actes ont été engagés à l'étranger, à l'exception de ceux expressément prévus dans le tableau de garanties et dans la limite des montants exprimés.

Les exclusions s'appliquent à l'ensemble des contrats et ne sauraient faire obstacle aux règles des « contrats responsables ».

TITRE 3 – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES DÉCÈS ET ASSIMILÉES

ARTICLE 29 - OBJET DES GARANTIES

Les garanties décès peuvent être soit une garantie indemnitaire forfaitaire « allocation obsèques » soit une garantie en capital.

29.1 - GARANTIE DE BASE : EN CAS DE DÉCÈS

Si les règlements mutualistes particuliers le prévoient, la Mutuelle garantit le versement, en cas de décès du membre participant survenant au cours de la période de garantie et, selon la garantie souscrite, de ses ayants droit, d'un capital dont le montant est précisé aux règlements mutualistes particuliers ou sur les bulletins d'adhésion au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 30 du présent Règlement.

29.2 - GARANTIE ASSIMILÉE : EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

La Mutuelle garantit, en cas de reconnaissance d'une perte totale et irréversible d'autonomie survenant au cours de la période de garantie constatée dans les conditions ci-après, le versement par anticipation du capital décès.
Dans cette hypothèse, la Mutuelle est libérée de toute obligation lors du décès ultérieur de l'assuré.
D'une manière générale, sont considérés comme étant en état de perte totale et irréversible d'autonomie les personnes invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession pouvant leur procurer gain ou profit, sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.
En pratique, seront seulement réputés en état de perte totale et irréversible d'autonomie, d'une part, l'assuré classé par la Commission de Réforme dans la 3ème catégorie d'invalides visée par l'article 6 du Décret n°60-58 du 11 janvier 1960 et, d'autre part, l'assuré classé par la Sécurité sociale dans la 3ème catégorie d'invalides visée par l'article L.341-4, 3° du Code de la Sécurité sociale.
Sera aussi assimilée à l'état de perte totale et irréversible d'autonomie l'incapacité permanente totale avec attribution par la Sécurité sociale d'une majoration de la rente au titre de l'assistance d'une tierce personne résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, par application de l'article L.434-2 alinéa 3 du Code de la Sécurité sociale.

29.3 ALLOCATION OBSÈQUES

Lorsqu'elle est prévue par le tableau des garanties, une garantie « allocation obsèques » indemnitaire forfaitaire peut être versée en cas de décès du membre participant ou de son ayant droit couvert par le contrat. Son montant varie en fonction du niveau de garantie et figure au tableau des garanties et/ou, le cas échéant, au sein des Règlements mutualistes particuliers. Les dispositions spécifiques qui lui sont applicables sont prévues au règlement mutualiste particulier.

Conformément aux dispositions de l'article L 2223-33-1 du Code général des collectivités territoriales, le(s) bénéficiaire(s) doi(vent)t affecter les sommes versées au titre de la garantie « allocations obsèques » au financement des frais d'obsèques, à concurrence de leur coût, et dans la limite du capital garanti. Les bénéficiaires bénéficieront de l'allocation obsèques sur présentation de la facture et du bulletin de décès.

ARTICLE 30 - BÉNÉFICIAIRE(S)

30.1 - BÉNÉFICIAIRE DES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

Le(s) bénéficiaire(s) du capital dû par la Mutuelle lors du décès du membre participant et/ou de ses ayants droit sont la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de leur part, dans le certificat de désignation du bénéficiaire fourni par la Mutuelle et retourné à cette dernière ou dans un avenant signé par les parties ou dans un acte sous seing privé ou authentique postérieur porté à la connaissance de la Mutuelle.

Clause standard :

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés par l'assuré, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- Au conjoint de l'assuré survivant non divorcé, à défaut au partenaire lié par un Pacs, à défaut au concubin notoire, la qualité de ces personnes étant appréciée au moment du décès,
- A défaut, aux enfants nés ou à naître de l'assuré, vivants ou représentés, par parts égales entre eux,
- A défaut, aux héritiers de l'assuré, en application des règles de la dévolution successorale légale.

Clause particulière :

L'assuré a la possibilité de désigner librement le(s) bénéficiaire(s) par la rédaction d'une clause bénéficiaire particulière qui devra être portée à la connaissance de la Mutuelle.
En cas de désignation nominative, les informations suivantes doivent être renseignées :

- le nom de naissance et le nom d'usage, le(s) prénom(s), la date et le lieu de naissance (commune, département, pays), l'adresse complète (numéro, voie, pays, commune, département) et la qualité (pleine propriété, nue-propriété, usufruit) de chacun des bénéficiaires personne physique ;
- le nom ou la raison sociale et l'identifiant SIREN ou RNA de chacun des bénéficiaires personne morale ;
- la répartition des capitaux décès.

Cette désignation est impérativement suivie de la mention « à défaut à mes héritiers ».

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

L'attention de l'adhérent est spécialement attirée sur l'importance attachée à la rédaction de la clause bénéficiaire, et en particulier à la complétude des informations relatives à l'identité des bénéficiaires, ainsi qu'à l'opportunité de prévoir un ou plusieurs bénéficiaire(s) subséquent(s).

La clause bénéficiaire peut être modifiée à tout moment par l'assuré afin de refléter au mieux sa situation personnelle. Toutefois, en cas d'acceptation de la désignation par le bénéficiaire, celle-ci devient irrévocable. Cette acceptation est faite soit par avenant signé de la Mutuelle, de l'assuré et du bénéficiaire, soit par acte authentique ou par acte sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire, et n'a alors d'effet à l'égard de Mutuelle que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

30.2 RECHERCHE DE BÉNÉFICIAIRES

AÉSIO Mutuelle s'engage à respecter les dispositions réglementaires en matière d'identification des assurés décédés et de recherche des bénéficiaires telles que définies par la Loi n°2014-617 du 13 juin 2014 (dite Loi Eckert).

30.3 - BÉNÉFICIAIRE DES GARANTIES EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, le bénéficiaire de la garantie est le membre participant.

ARTICLE 31 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS DÉCÈS ET ASSIMILÉES

Dès notification à la Mutuelle du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie, celle-ci enverra aux personnes concernées les formulaires nécessaires à la justification de la demande.

31.1 - EN CAS DE DÉCÈS

Les capitaux sont versés à la demande du bénéficiaire, sur production des pièces et justificatifs suivants :

- un acte de décès,
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- en cas d'accident : le procès-verbal de police ou de gendarmerie,
- les pièces justifiant des droits et de la qualité des bénéficiaires : identité, qualité et adresse,
- un certificat d'hérédité,
- un certificat de porte fort, en cas de pluralité d'héritiers,
- la désignation de bénéficiaire complétée, datée et signée par le membre participant.

31.2 - EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Les capitaux sont versés sur production des pièces et justificatifs suivants :

- Un titre de pension d'invalidité de 3ème catégorie ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne, émis par la Sécurité sociale,
- Toute pièce ou justificatif complémentaire que la Mutuelle estimera nécessaire au traitement du dossier.

31.3 DÉLAI DE VERSEMENT DU CAPITAL DÉCÈS / PRESTATIONS

En cas de décès de l'assuré, le capital / les prestations garantis sont réglées au(x) bénéficiaire(s) dans un délai maximum d'un mois à compter de la réception par la Mutuelle de l'intégralité des pièces justificatives demandées. AÉSIO Mutuelle se réserve la possibilité de demander toutes autres pièces justificatives nécessaires au règlement du capital / des prestations.

En application de l'article L223-22-1 du Code de la mutualité, au-delà de ce délai, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.
Le versement intervenu met un terme à la garantie et libère la Mutuelle de ses obligations.

31.4 REVALORISATION DES CAPITAUX POST-MORTEM

En cas de décès de l'assuré, le capital garanti / l'allocation obsèques est revalorisé à compter de la date de décès de l'assuré et jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au paiement du capital ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des Dépôts et Consignations.
Cette revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, le capital / l'allocation obsèques produit de plein droit intérêts, nets de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

31.5 CONTRATS EN DÉSHÉRENCE ET TRANSFERT A LA CAISSE DES DÉPÔTS ET CONSIGNATIONS

Les sommes dues au titre du contrat qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations ou du capital sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de la prise de connaissance par AÉSIO Mutuelle du décès de l'assuré ou de l'échéance du contrat.
Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai.

Ce dépôt est libératoire de toute obligation pour la Mutuelle, à l'exception des obligations en matière de conservation d'informations et de documents.

Les sommes déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt.

ARTICLE 32 – EXCLUSIONS EN MATIÈRE DE GARANTIE DÉCÈS

La Mutuelle ne prend pas en charge les risques suivants :

- **le suicide volontaire et conscient de l'assuré au cours de la première année de l'adhésion (article L.223-9 du Code de la mutualité),**
- **le meurtre de l'assuré par un bénéficiaire pour la part qui lui revient,**
- **les faits de guerre étrangère, lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,**
- **les faits résultant directement ou indirectement de guerre civile ou étrangère,**
- **les émeutes, insurrections, actes de terrorisme ou sabotage, quel que soit le lieu où se déroulent les évènements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active,**
- **tout cataclysme tel que tremblement de terre ou inondation,**
- **les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ainsi que des effets de la radiation provoquée par l'accélération artificielle des particules,**
- **le fait intentionnellement causé ou provoqué par l'assuré ou l'ayant droit,**
- **l'acte effectué sous l'emprise de l'ivresse, si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la route, ou sous l'usage de stupéfiants ou de drogues non prescrits médicalement,**

- **les démonstrations, raids, acrobaties, compétitions et tentatives de records, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,**
- **les vols sur appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,**
- **la pratique de sports aériens, automobiles, motocyclistes ou motonautiques à titre professionnel ou amateur, et de tous les autres sports à titre professionnel.**

ARTICLE 33 - CALCUL DES COTISATIONS DÉCÈS ET ASSIMILÉES

La cotisation est calculée en fonction de la table de mortalité décès et du taux d'intérêt technique.
Après étude technique des provisions à constituer et des résultats des régimes, les montants des cotisations sont susceptibles d'être révisés à chaque échéance.

ARTICLE 34 - FACULTÉ DE RENONCIATION

Le membre participant peut renoncer à sa garantie dans les 30 jours à compter de la date où il est informé que son contrat a pris effet.
Il lui suffit, pour ce faire, d'envoyer au siège social de la Mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception ou de procéder à un envoi recommandé électronique, libellé comme suit : « *je soussigné(e), nom et prénom, déclare renoncer à mon contrat (préciser le numéro de la catégorie) et demande à recevoir le remboursement des cotisations déjà versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de ma LRAR* »

ARTICLE 35 - EXAMEN MÉDICAL APPROFONDI

En cas de demande d'un capital pour perte totale et irréversible d'autonomie, la Mutuelle se réserve le droit de faire subir à l'assuré un examen médical approfondi, soit par son propre médecin conseil, soit par tout autre médecin auquel elle donne mandat.
Compte tenu de l'avis formulé par ce dernier, la Mutuelle statue sur la demande présentée et notifie sa décision à l'assuré.
L'assuré ne peut se soustraire à ce contrôle sous peine de déchéance de la garantie.
En cas de contestation médicale, celle-ci sera appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil et le médecin de l'assuré.
Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin arbitre sera désigné, à la demande d'un des deux médecins, par le Président du Conseil Départemental de l'ordre des Médecins du domicile de l'assuré.
Les honoraires du médecin conseil ou du médecin choisi par la Mutuelle restent à sa charge ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert.
Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision prise à l'égard de l'assuré, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront alors à la charge du membre participant.

ARTICLE 36 – INFORMATION ANNUELLE

AÉSIO Mutuelle procèdera aux communications annuelles prévues par l'article L.223-21 du Code de la mutualité.

ARTICLE 37 PARTICIPATION AUX EXCEDENTS :

Conformément à la réglementation en vigueur (articles D. 223-3 à D. 223-6 du Code de la mutualité) le montant de la participation aux excédents attribuée au titre d'un exercice est déterminé globalement, pour l'ensemble des contrats de même nature, au niveau de l'actif général d'Aésio sur lequel est adossé votre contrat.

Dans l'hypothèse où il existe une participation aux excédents, celle-ci est affectée à une provision pour participation aux excédents pour une durée maximale prévue à l'article D. 223-6 du code de la mutualité ou est attribuée sous forme de participation aux excédents individuelle.

Le montant de la participation aux excédents est déterminé par application de la formule légale définie à l'article D223-3 du Code de la mutualité

ANNEXE 1 : QU'EST-CE QU'UNE GARANTIE RESPONSABLE ?

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a mis en place un ensemble de mesures visant à la maîtrise des dépenses de santé. Elle a défini les « garanties responsables » qui visent à inciter le patient à respecter le parcours de soins.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a introduit une réforme en profondeur de ces garanties responsables, avec la mise en place de nouvelles obligations de prise en charge et le plafonnement de certaines prestations. Ce nouveau cahier des charges du contrat responsable a été précisé par décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, a adapté le cahier des charges des contrats responsables, tel qu'il résultait du décret du 11 novembre 2014, pour la mise en œuvre de la réforme « 100% santé » telle qu'issue de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019. Ces évolutions prendront effet respectivement :

- à compter du 1er janvier 2020 pour les nouvelles dispositions relatives à l'optique et au dentaire ;

- à compter du 1er janvier 2021 pour les dispositions relatives aux aides auditives.

Les garanties proposées par la Mutuelle respectent, sauf exceptions précisées dans les règlements particuliers ou conditions particulières, le cahier des charges des contrats « responsables » conformément aux dispositions légales et règlementaires des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Une garantie responsable doit prévoir :

1°) DES PRISES EN CHARGE OBLIGATOIRES :

- La prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour tous les actes pris en charge par la sécurité sociale **(= 100% du Ticket modérateur)**, sauf pour la pharmacie remboursée à 15% et 30%, l'homéopathie et les cures thermales ;
- · la prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour les séances d'accompagnement psychologique, dans la limite du nombre de séance prises en charge par l'assurance maladie obligatoire par an ;La prise en charge de l'intégralité du **forfait journalier hospitalier**, sans possibilité de limiter la durée de cette prise en charge ;
- La prise en charge de l'intégralité du forfait patient urgence.

2°) L'ENCADREMENT DE CERTAINES PRESTATIONS SI ELLES SONT PRÉVUES PAR LE CONTRAT :

- **Dépassement d'honoraires des médecins :** la prise en charge des dépassements d'honoraires par le contrat responsable est plafonnée lorsque le médecin qui pratique le dépassement d'honoraire n'a **pas adhéré à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)*** prévus par la convention médicale en vigueur. Ainsi, cette prise en charge ne peut pas être supérieure à 100% de la base de remboursement sécurité sociale (BRSS) **et** doit être inférieure d'au moins 20% de la BRSS à la prise en charge, par le contrat, des dépassements d'honoraires des médecins qui ont adhéré à un DPTM.

  (*) Ces dispositifs sont le Contrat d'accès aux soins (CAS), l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie chirurgie et obstétrique (OPTAM-ACO)

3°) DES PRISES EN CHARGES EN DENTAIRE, OPTIQUE ET DES AIDES AUDITIVES :

- **Remboursement Optique :** le contrat responsable distingue entre deux classes d'équipements optiques :
  - La prise en charge des équipements de Classe A (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP[1] après l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels.
  - La prise en charge des équipements de Classe B « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect des montants minimum et maximum de remboursement définis en fonction du type de verre, tels que précisés par l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale. Enfin, le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros.

La prise en charge d'un équipement (verres + monture) se fait par période de deux ans, appréciée à compter de la date d'acquisition. Le renouvellement est possible au terme d'une période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (telle que définie dans la LPP), ainsi que dans d'autres cas précisés par la LPP.

[1] Liste des Produits et Prestations

- **Remboursement des aides auditives :** le contrat responsable distingue entre deux classes d'aides auditives :
    - La prise en charge des équipements de Classe I (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels.
    - La prise en charge des équipements de Classe II (« à tarifs libres ») à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tels que précisé par l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

  Le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période de 4 ans après le dernier remboursement, dans les conditions fixées dans la LPP. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

- **Remboursement dentaire :** le contrat responsable distingue trois paniers de soins :
    - La prise en charge des actes appartenant au panier « 100% Santé » (« reste à charge zéro) au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels engagés.
    - La prise en charge des actes appartenant au panier de soins à « reste à charge maitrisé » à hauteur du ticket modérateur.
    - La prise en charge des actes appartenant au panier de soins « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur.

4°) DES EXCLUSIONS DE PRISE EN CHARGE :

- la majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins,
- la franchise sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins,
- la participation forfaitaire instaurée sur les actes médicaux,
- les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou règlementaires intervenant après l'élaboration du présent document s'appliqueront immédiatement afin de conserver à la garantie son caractère responsable.

5°) LA POSSIBILITÉ DE BÉNÉFICIER DU TIERS PAYANT :

La garantie responsable doit permettre à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente pour les équipements optiques et auditifs appartenant au panier de soins 100% santé ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation pour les actes appartenant au panier de soins 100% santé. Le bénéfice du tiers payant sur la part complémentaire est toutefois subordonné à la demande du professionnel de santé à l'origine des soins.